



**OLIVER KOHL**  
ZAHNARZTPRAXIS

## ANAMNESEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,  
herzlich willkommen in unserer Praxis! Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche unterhalten, benötigen wir neben den Angaben zu Ihrer Person auch Auskünfte über Ihren allgemeinen Gesundheitszustand, denn auch Allgemeinerkrankungen können Auswirkungen auf die zahnärztliche Behandlung haben.

Bitte beantworten Sie daher alle folgenden Fragen gewissenhaft, damit wir Ihnen bei der Behandlung die bestmögliche medizinische Betreuung zukommen lassen können.

### VOM ZAHNARZT AUSZUFÜLLEN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### PERSONALIEN

Patient

Versicherter

Name, Vorname	.....	.....
Geburtsdatum	.....	.....
Straße, Wohnort	.....	.....
Telefon	.....	.....
E-Mail	.....	.....
Beruf	.....	.....
Krankenkasse	.....	.....
Hausarzt	.....	.....

gesetzlich versichert     privat versichert     privatversicherter Basistarif

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

auf Empfehlung     über die Website     durch Bewertungsportale     andere

## ANGABEN ZU IHRER GESUNDHEIT

### Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Endokarditis	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herzfehler	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schrittmacher	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Rhythmusstörungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stent	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	niedriger Blutdruck	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
künstliche Herzklappe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Andere . . . . .	
Erkrankung der Herzkranzgefäße	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	. . . . .	

### Infektionserkrankungen

Hepatitis A/B/C	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	HIV+ bzw. AIDS	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tuberkulose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Andere . . . . .	

### Allergien / Unverträglichkeiten

lokale Betäubungsmittel	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Latex (Gummihandschuhe)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Medikamente (z.B. Antibiotika)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Andere . . . . .	

### Weitere Erkrankungen

Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Migräne	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gelenkerkrankungen (Rheuma)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Osteoporose	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bluterkrankung / Gerinnungsstörung Lunge (Asthma etc.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Epilepsie / Anfallsleiden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leber	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Engwinkelglaukom (hoher Augeninnendruck)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Niere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Tumorerkrankungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schilddrüse	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	(Chemotherapie, Bestrahlung)	
Reflux	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Frühere Operationen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Magen-Darm-Trakt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Andere . . . . .	
		. . . . .	

### Gesundheitsfragen

Nehmen Sie regelmäßig bestimmte Medikamente (z.B. Bisphosphonate, Marcumar, ASS) ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Welche? . . . . .	
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wann wurden Sie das letzte Mal im Kopfbereich (Zähne etc.) geröntgt? . . . . .	
Haben Sie einen Röntgenpass?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie zur Zeit schwanger?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
In welchem Monat? . . . . .	
Konsumieren Sie Drogen (z.B. auch Cannabis)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Trinken Sie mehrmals pro Woche Alkohol?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie einen Allergiepass?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schnarchen Sie?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Schnarcht jemand aus Ihrer Familie? (Ehepartner, Kinder) . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wird das Schnarchen therapiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## ANGABEN ZU IHRER ZAHNGESUNDHEIT

Haben Sie Zahnschmerzen? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Blutet Ihr Zahnfleisch? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Leiden Sie unter Mundgeruch? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie gelockerte Zähne bemerkt? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Knirschen oder Pressen Sie mit den Zähnen? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Tragen Sie eine Schiene? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie Schmerzen im Kiefergelenk oder im Ohrbereich? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie häufig Kopfschmerzen? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurde bei Ihnen eine kieferorthopädische Behandlung durchgeführt? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie sich bereits zu dem Thema Prophylaxe informiert? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sind Sie mit Ihrer Zahnfarbe zufrieden? . . . . .	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Ich interessiere mich für**  Professionelle Zahnreinigung  Ästhetische und hochwertige Zahnversorgung  
 Beratung über weiße Zähne (Bleaching)  Hypnose

### Sie kommen in unsere Praxis

zur Beratung über . . . . .  
 zur Kontrolle  zur Schmerzbehandlung

### Unser Service für Sie

Wünschen Sie eine Erinnerung an regelmäßige Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen und Zahnreinigungen (Recall)?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Möchten Sie Praxisinformationen per Post, SMS oder E-Mail erhalten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### VIelen DANK FÜR IHRE FREUNDLICHE MITHILFE!

### BITTE TEILEN SIE UNS MIT, WENN SICH ÄNDERUNGEN IN IHREN ANGABEN ERGEBEN.

Bei Nichtvorlage der Krankenversicherungskarte muss diese 14 Tage nach dem Behandlungstermin oder aber spätestens bis zum Ende des laufenden Quartals bei uns vorliegen, andernfalls erfolgt eine Privatabrechnung, der Sie sich mit Ihrer Unterschrift ausdrücklich einverstanden erklären.

Wir bitten um Verständnis, dass wir bei einer Terminabsage weniger als 24 Stunden vor der geplanten Behandlung oder gar einem Terminversäumnis, ein Ausfallhonorar privat in Rechnung stellen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Meine Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 StGB, sowie den strengen Bestimmungen des Datenschutzes. Des Weiteren nehme ich zur Kenntnis, dass zahnärztliche Betäubungsmittel meine Verkehrstüchtigkeit beeinflussen können.

.....  
Ort, Datum  Unterschrift des Patienten / des Erziehungsberechtigten